ITEM 333 : SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Nouvel item, rédigé ici avec la fiche LiSA et le Collège de MIR

INTRODUCTION

Situation sanitaire exceptionnelle (SSE) = événement émergent, inhabituel ou méconnu, qui dépasse les capacités habituelles de gestion des alertes, en raison de son ampleur, sa gravité (impact sur la santé publique ou le système de soins), ou sa médiatisation. Évolution possible jusqu'à une véritable crise.

CARACTÉRISTIQUES DES SSE	Tension sur le système de soins : - Augmentation des **besoins** (afflux massif de victimes). - **Réduction** des moyens disponibles (hôpitaux en crise). - Rôle central du **médecin**, quelle que soit sa spécialité, dans la **gestion de ces crises**.
OBJECTIFS DE LA GESTION DES SSE	1. Assurer la sécurité des soignants et le maintien du système de soins. 2. Organisation des réponses : **. Pré-hospitalière** : premiers secours et triage sur site. **. Intra-hospitalière** : adaptation des capacités hospitalières. 3. Prise en charge des victimes selon des principes de triage et de gestion médicale.

Ce résumé permet de comprendre les enjeux clés pour une meilleure préparation et intervention en cas de SSE.

SAVOIR SE PROTÉGER SOI-MÊME

PROTECTION DES SOIGNANTS EN SITUATION DE CRISE	**Principe clé**	Un soignant blessé ou mort ne peut soigner : préserver les acteurs et les moyens du système de soins est une priorité absolue, notamment face à des dangers visibles (incendie, effondrement) ou invisibles (terrorisme, chimique, biologique, radiologique, nucléaire – NRBC).	
	Priorités en cas de menace	**Contrôle du danger**	- Par forces de l'ordre (menace terroriste). - Par pompiers (incendie, NRBC).
		Mise en sécurité	**- Confinement ou évacuation** vers une zone sécurisée. - Ne jamais revenir dans une zone dangereuse pour extraire les victimes (mission réservée aux équipes spécialisées).
	Gestion pratique des zones de confinement	**« Nid de blessés »**	- Victimes réfugiées dans la zone sécurisée. - Soins sommaires en attendant les secours.
		Sortie de confinement	Sur ordre des autorités compétentes (forces de l'ordre, pompiers).
	Cas spécifiques en milieu hospitalier	- Fermeture temporaire de l'accès en cas de contamination massive. - Mise en place : **. Sas de décontamination** : Protection du personnel et des autres patients. **. Zone de soins** : Gérée par du personnel équipé de protections adaptées.	
	Règle générale	La sécurité prime toujours sur la rapidité des soins en contexte de crise.	

APPORTER SON AIDE EN PRÉ-HOSPITALIER

ORGANISATION DES SECOURS	**Dispositif ORSEC**	- Plan ORSEC NOVI : prise en charge des nombreuses victimes en SSE. - Coordination sous les ordres du **Directeur des Secours Médicaux (DSM)**, expert médical du Commandant des Opérations de Secours (COS).
	Zonage du site	- Zones délimitées pour sécurité, accès limité : • **Accident chimique** : zones balisées par rubalise, barrières. • **Attentats** : zones sécurisées (espaces avec angles droits pour limiter tirs et projectiles). - Zone d'exclusion évolutive selon la menace (ex. : vent pour un produit chimique).
	Gestion des victimes	**- Extraction** : réalisée par des équipes spécialisées vers : • **PRV (Point de Regroupement des Victimes)**. • **PMA (Poste Médical Avancé)** : ○ **Décontamination préalable** en cas de NRBC (éliminer l'agent vulnérant, protéger soignants). ○ **Triage des victimes** par niveau de priorité (urgences absolues/relatives). ○ **Soins vitaux** avant évacuation vers hôpitaux adaptés. **- Prise en charge psychiatrique** : prévue au PMA pour stress aigu.
	Orientation hospitalière	- Organisée par le médecin régulateur du SAMU. - Objectifs : • Envoyer les victimes dans les structures adaptées (séquençage dans le temps et l'espace). • Éviter les transferts secondaires (dégradent le pronostic). • Prévenir les afflux massifs dans un seul hôpital. - Gestion des victimes se présentant spontanément, souvent vers des hôpitaux proches du sinistre.
TRI DES VICTIMES	**Principe clé**	- Faire « le mieux pour le plus grand nombre » (**Do most for the most**) : • **Objectif individuel** : Assurer les soins nécessaires au bon moment. • **Objectif collectif** : Optimiser les ressources limitées pour l'ensemble des victimes.
	Méthodologie	**- Catégorisation rapide** des victimes (idéalement en **30 secondes**). **- Algorithmes spécifiques** utilisés (ex. : **START-ABC**). - Classement des victimes : **. Urgences absolues (UA)** : soins vitaux immédiats. **. Urgences relatives (UR)** : soins différés, sans risque immédiat.
	Particularités	- Processus **dynamique** : le tri peut évoluer selon l'état des victimes et les ressources disponibles. - Contexte de saturation des moyens : nécessite de changer la logique habituelle de soins pour maximiser l'efficacité collective.

GESTES DE SAUVETAGE	**Soins minimums nécessaires**	- Objectif : maintenir les victimes en vie jusqu'à une prise en charge médicale pré-hospitalière. - Réalisés selon l'algorithme **MARCHE** : 6 étapes successives, sans passer à l'étape suivante tant que le problème actuel n'est pas contrôlé.
	Algorithme MARCHE	**- M (Massive hemorrhage)** : Gestion des hémorragies massives : • Recherche de saignements actifs. • Mise en place d'un **garrot** pour les membres, **compression manuelle directe** pour tête/cou/tronc. • Utilisation de **pansements hémostatiques**. • Immobilisation du bassin en cas d'instabilité pelvienne. **- A (Airway)** : Libération des voies aériennes : • Position assise, subluxation mandibulaire, mise en place d'une canule de Guedel. • Si échec : cricothyroïdotomie si matériel disponible. **- R (Respiration)** : Traitement des détresses respiratoires : • Position assise/demi-assise. • Administration d'oxygène (si disponible). • Plaie soufflante : **pansement trois côtés** pour éviter l'entrée d'air. • Décompression à l'aiguille en cas de pneumothorax sous tension (2e espace intercostal). **- C (Circulation)** : Maintien de l'hémodynamique : • Recherche de collapsus (absence de pouls radial). • Mise en place d'une voie intraveineuse ou intraosseuse (en cas d'échec IV). **- H (Hypothermia/Head)** : Prévention de l'hypothermie et gestion des lésions neurologiques : • Évaluation neurologique : niveau de conscience, motricité. • Respect de l'axe tête-cou-tronc en cas de lésion rachidienne suspectée.
	Règle des "3 R"	**Si seul face à plusieurs victimes.** **- Reconnaissance** : Triage rapide avec **START-ABC**. **- Radio** : Transmettre un bilan rapide. **- Regroupement** : Organiser les victimes en zones (UA vs autres).

APPORTER SON AIDE A L'HÔPITAL

PRINCIPES D'ORGANISATION	**Réponse à la crise**	- L'hôpital suit les plans ORSAN (Organisation de la Réponse du Système Sanitaire) adaptés selon le type de crise (ex. : ORSAN-AMAVI pour l'afflux massif de victimes, ORSAN-EPI-VAC pour une épidémie, etc.). - En cas de crise, le directeur déclenche le **plan blanc** : réorganisation des activités hospitalières pour gérer la crise tout en maintenant les soins d'urgence courants. - Les **activités non urgentes** sont suspendues et le personnel est progressivement rappelé. - Une **cellule de crise** est constituée pour gérer la logistique interne (circulation, sécurité, accueil des familles, etc.) **- Sécurisation** des accès à l'hôpital : contrôle des entrées et des personnels soignants (identification nécessaire). - En cas de crise **NRBC (nucléaire, radiologique, biologique, chimique)**, une attention particulière est donnée à la sécurité pour éviter la contamination du personnel et la panique. Les victimes doivent être **décontaminées** avant d'entrer à l'hôpital.
TRI DES VICTIMES	**Nouveau tri à l'entrée de l'hôpital**	**- Objectif** : identifier et évaluer l'évolution de l'état de santé des victimes depuis la prise en charge préhospitalière. - Le tri est effectué par un binôme médecin-chirurgien qui évalue les **réserves physiologiques** et les **besoins chirurgicaux** des victimes. **- Catégorisation des victimes** : Les **victimes les plus graves (UA)** sont dirigées vers les services de réanimation, de déchocage ou de bloc opératoire en priorité.
	Catégorisation des victimes à l'entrée de l'hôpital pour un évènement traumatique (rang B)	

Prise en charge	Priorité	Délai	Pronostic	Exemple
Urgence absolue	Extrême	< 1 h	Pronostic vital engagé	Choc hémorragique non contrôlé
	U1	< 6 h	Pronostic vital engagé	Membre garroté
Urgence relative	U2	< 18 h	TTT urgent	Plaie non hémorragique
	U3	< 36 h	TTT non urgent sans chir.	Fracture fermée
Urgence dépassée			Lésion grave avec TTT lourd	Plaie craniocérébrale

GESTION MÉDICALE ET CHIRURGICALE DES VICTIMES	**Prise en charge dans le calme**	- Les soins sont réalisés dans une ambiance calme pour ne pas augmenter le stress des victimes. - Un **soutien psychologique** est fourni à chaque étape pour les victimes et leur entourage.

DEBRIEF ET ENTRAINEMENT

PRÉPARATION ET GESTION DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES (SSE)	**Plan blanc et gestion de SSE**	- Chaque hôpital doit mettre en place un **plan blanc** et un dispositif de gestion des SSE, impliquant tous les personnels. - L'objectif est de **préparer les équipes soignantes** à gérer des situations exceptionnelles en anticipant d'éventuels dysfonctionnements.
	Exercices de simulation	- Ces exercices permettent d'acquérir et d'entretenir des **compétences techniques** spécifiques aux prises en charge inhabituelles et de renforcer les compétences liées au travail en équipe en situation de **stress** et d'**incertitude** (Crisis Resource Management).

	Débriefing et retour d'expérience	- Après chaque situation réelle, un **débriefing** est essentiel pour permettre aux acteurs impliqués de partager leurs retours d'expérience (**Retex**), afin d'améliorer les pratiques futures.